

Unidades de patología mamaria: virtuales o reales

M. E. Aponte, B. Merck¹

*Instituto Autónomo Hospital Universitario de Caracas. Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica "A".
Servicio de Cirugía I. Ciudad Universitaria de Caracas. Caracas, Venezuela.
¹Servicio de Cirugía General. Fundación Instituto Valenciano de Oncología. Valencia, España*

RESUMEN

En la actualidad el concepto de Unidades de Patología Mamaria se encuentra totalmente aceptado, debido a la introducción del enfoque multidisciplinario en el tratamiento de la patología mamaria, por lo que se han establecido como estructuras dentro de los centros públicos y privados, cuya proliferación ha determinado la necesidad de la aplicación de normas mínimas que aseguren un funcionamiento de alta calidad.

Existen dos modelos de Unidades de Patología Mamaria: el europeo y el americano, en los que se ha analizado su origen y conformación, así como los requisitos indispensables para su actividad. Estas dos visiones de un mismo concepto, constituyen la plataforma ideal para perfeccionar el cuidado de la mama tanto para mujeres con enfermedad benigna como maligna, sin embargo en cada país existen diferencias en la calidad del tratamiento de la patología mamaria que aunque resulten inaceptables son una realidad.

La aplicación de los modelos de Unidades de Patología Mamaria deben cubrir las exigencias del tratamiento de las pacientes, para ello es necesario que adquieran personalidad propia, autonomía, sean multidisciplinarios, estén formados por especialistas con dedicación exclusiva a la patología mamaria, cuenten con la suficiente carga de pacientes y sean auditables en sus procedimientos y resultados, es decir, funcionen como verdaderas unidades reales, y no unidades virtuales, con la categoría y el reconocimiento que les corresponden.

Palabras clave: Cáncer de mama. Tratamiento multidisciplinar. Unidades de Patología Mamaria.

Recibido: 26-02-07.

Aceptado: 14-05-08.

Correspondencia: María Eugenia Aponte Rueda. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Caracas. Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica "A". Servicio de Cirugía I. Ciudad Universitaria de Caracas. Los Chaguaramos 1040. Piso 5. Caracas, Venezuela. e-mail: maruaponte@gmail.com. Fax: ++582 122 621 812.

ABSTRACT

Nowadays the concept of Breast Units is totally accepted, owing to the introduction of multidisciplinary approach in the treatment of the breast diseases, by the establishment as structures inside the public and private centers, whose proliferation has determined the necessity of the application of minimum requirements, which assure high quality performance.

There are two models of Breast Units: the European and the American, in that it has been analyzed its origin and conformation, as well as the requirements needed for its activity. These two visions of the same concept, constitute the ideal platform to perfect the care of the breast for women with both benign and malignant disease, nevertheless in each country exist differences in the quality of the treatment of the breast pathology that although are unacceptable are a reality.

The application of Breast Unit models must cover the quality requirements in the treatment of the patients. For it is necessary that acquire their own personality, autonomy, be multidisciplinary, are formed by specialists with exclusive dedication to the breast disease, count with enough charge of patients and be audited in its procedures and results, that is to say, work as true real units and not virtual units, with the corresponding recognition and categorization that its correspond.

Key words: Breast cancer. Multidisciplinary treatment. Breast Units.

INTRODUCCIÓN

La patología mamaria y en especial la patología mamaria maligna, desde mediados del siglo XX, ha ido aumentando su frecuencia a escala global (1).

El objetivo general de las Unidades de Patología Mamaria es garantizar el cuidado de la mama, tanto para mujeres con enfermedad benigna como maligna, con un enfoque multidisciplinar que permita el acceso inmediato para consultar o compartir información entre sus miembros, todo lo que se traduce en beneficio para la paciente. Anteriormente

te, la enferma era vista por un especialista que cuando terminaba su fase de tratamiento la derivaba hacia otro especialista, desarrollándose el tratamiento de manera secuencial, lo cual era percibido como una especie de peregrinación. El seguimiento clínico era independiente y no se establecía comunicación entre los médicos tratantes.

Con la introducción del concepto multidisciplinar (2,3) del tratamiento del cáncer de mama, se intenta evitar la fragmentación del tratamiento, se fomenta la especialización en un área anatómica como la mama, se permite el ahorro de tiempo para el diagnóstico y se elige el tratamiento más adecuado para su estadio.

Según la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria (SESPM), la Unidad de Patología Mamaria comprende un grupo de profesionales sanitarios, quienes apoyados en la clínica y en unos medios técnicos imprescindibles, tienen como fin aunar criterios de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con enfermedades mamarias (4).

La Unidad de Patología Mamaria debería entenderse entonces como: unidad multidisciplinar de excelencia en la prevención, diagnóstico y tratamiento de la patología mamaria integrando la asistencia, docencia e investigación, que garantice un diagnóstico con rapidez, ofrezca un tratamiento con una demora mínima, aporte información a la paciente y a su familia, informe al facultativo que remite a la paciente y proporcione un tratamiento integral de la enfermedad (5).

ASPECTOS PRELIMINARES DE LAS UNIDADES DE PATOLOGÍA MAMARIA

El modelo europeo de Unidades de Cáncer de Mama se inicia en 1994 cuando el *Chief Medical Officer* del Reino Unido recomienda en sus conclusiones del Informe "A Policy Framework for Commissioning Cancer Services", la creación de estas Unidades en los hospitales comarcales o de distrito y de Centros Oncológicos en los hospitales de referencia (6). En la misma línea el *Breast Speciality Group de la British Association of Surgical Oncology* (7) y el *UK National Health System Executive* (8) proponen el tratamiento de las enfermedades de la mama por especialistas en la enfermedad, trabajando en equipos multidisciplinarios dentro de las unidades.

Los resultados obtenidos en este país en el tratamiento de cáncer de mama han sido el motor de la difusión del trabajo multidisciplinar en Europa. La declaración conjunta del *Breast Cancer Group of the European Organization for Research and Treatment in Cancer* (EORTC-BCG), la *European Society of Mastology* (EUSOMA) y la *European Breast Cancer Coalition* (EUROPA DONNA) formulada en Florencia (9) en el marco de la Conferencia Europea de Cáncer de Mama (*European Breast Cancer Conference*) en 1998, promueve la creación de unidades de mama en los países de la Unión Europea. Este documento es la base que utiliza EUSOMA, en su iniciativa de reunir expertos

de ocho países europeos en un panel multidisciplinar, para definir las condiciones de trabajo y los requerimientos de una unidad especializada de mama (10).

El modelo EUSOMA contempla el trabajo coordinado de médicos y demás profesionales sanitarios, imprescindibles para un adecuado funcionamiento multidisciplinar, propone la reunión semanal, la realización de un número mínimo de procedimientos diagnósticos y terapéuticos al año y la participación en programas de formación continua (3). Estos requisitos mínimos de funcionamiento son necesarios para una unidad multidisciplinaria y especializada de alta calidad para todas las mujeres europeas (11).

Sobre la base de las recomendaciones de EUSOMA, el 7 de mayo de 2003 la Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad de Oportunidades del Parlamento Europeo presentó un informe de iniciativa propia sobre la situación del cáncer de mama en la Unión Europea (1), en el que solicitaba a todos los Estados Miembros, considerar la lucha contra el cáncer de mama como una prioridad de política sanitaria. A fin de asegurar a escala europea la mejor calidad en el tratamiento, pide que toda mujer con cáncer de mama tenga la oportunidad de ser tratada por un equipo multidisciplinar e insta a que establezcan una red global de centros acreditados multidisciplinarios de mastología (11) que cumplan con unas normas de calidad (Tabla I).

Tabla I. Normas de Calidad del Parlamento Europeo

- 150 nuevos casos de cáncer de mama al año (número crítico de casos)
- La unidad estará dirigida por un médico especialmente cualificado y especializado en patología mamaria
- El equipo multidisciplinario estará integrado por cirujanos expertos en cirugía de la mama, con dedicación exclusiva, y por radiólogos, oncólogos, patólogos, enfermeras y asistentes de radiología, igualmente especializados en mastología, así como por un gestor de datos, que se responsabilice del control de calidad
- Reunión multidisciplinaria para valorar el diagnóstico y el tratamiento personalizado de cada paciente una vez a la semana
- La calidad de los resultados deberá estar respaldada por investigación clínica
- Los médicos y el personal sanitario participarán en programas de formación continuada
- Las revisiones de las pacientes al terminar el tratamiento y el tratamiento de las recidivadas se realizarán en la unidad de mama
- Las pacientes recibirán asesoría oncop psicológica

El modelo americano, que corresponde al *Comprehensive Cancer Center*, fue ideado por Silverstein inicialmente como una Clínica de Mama en la Universidad de California en Los Ángeles en 1973, seguida por el *Van Nuys Breast Center*, fundado en 1979 y cerrado en 1998 y actualmente con el *Harold and Henrietta C. Lee Breast Center*, en la Universidad del Sur de California, Los Ángeles, EE.UU. El principal avance lo constituye la evolución del modelo de atención desde el modelo quirúrgico primario, episódico con poca e inconsistente coordinación en el seguimiento, al establecimiento de una aten-

ción bien coordinada, amplia y a todos los niveles. Su base conceptual es simple: combinar todos los servicios implicados en el tratamiento del cáncer de mama en un ambiente eficaz, cálido y de apoyo para la paciente (12).

Con la aparición de estos *Comprehensive Cancer Center* se crea en 1985 en los Estados Unidos el *National Consortium of Breast Centers* (NCBC), organización cuyo principal objetivo es el desarrollo, implementación y expansión de los centros de mama para satisfacer las demandas de excelencia en el cuidado de la mama, a través de la agrupación de una red de diversos profesionales dedicados a la patología mamaria que proveen atención directa a las pacientes y a las corporaciones que suministran los productos y servicios a estos profesionales y a sus organizaciones (13).

De tal manera, podemos resumir que actualmente existen dos modelos de Unidades de Patología Mamaria: el modelo europeo y el modelo americano.

UNIDADES DE PATOLOGÍA MAMARIA: VIRTUALES O REALES

En la actualidad se registran diferencias abismales en la calidad del tratamiento de la patología mamaria, sobre todo del cáncer de mama, por lo que las tasas de supervivencia de las mujeres varían de un país a otro. Estas divergencias que resultan inaceptables, pero son una realidad, existen debido, entre otras cosas, a las diferencias en el acceso a la prevención, diagnóstico y tratamiento.

La aplicación de una normativa que cubra las exigencias necesarias para el establecimiento y funcionamiento de una Unidad de Mama y al mismo tiempo garantice la calidad en el tratamiento de las pacientes, sería el ideal, pero la cuestión es si puede ser alcanzable o no. Desde el punto de vista estructural los criterios de EUSOMA (Tabla II), constituyen una propuesta de avanzada, sumamente exhaustiva, pero muy rígida y exigente en su aplicación. De la misma manera ocurre con el *Comprehensive Cancer Center*, aunque con planteamientos más sencillos, pero igualmente de difícil implantación (12).

Sin embargo, en vista de lo atractivo que resulta el concepto de Unidades de Mama, ha habido una proliferación de las mismas, por lo que sería adecuado establecer unos mínimos necesarios que deban cumplir para su correcto funcionamiento, teniendo en cuenta las diferencias geográficas y los recursos humanos y técnicos de cada institución. Estas diferencias se acentúan a nivel latinoamericano, como en el caso particular de Venezuela, donde el modelo de asistencia médica no funciona de manera igual que en Europa, por lo que aplicar una idea concebida en Europa para los europeos resulta complicado, y sobre todo tratar de establecer cómo deben funcionar. Es por ello que en Latinoamérica, se debe adaptar el concepto a las realidades políticas y económicas de cada país, manteniendo unos mínimos que logren salvar las diferencias y lleven la práctica heterogénea de las Unidades de Mama hacia una práctica más unificada que permita

Tabla II. Criterios de EUSOMA

-
- Cantidad crítica o número mínimo de pacientes: la unidad debe atender al menos 150 casos nuevos/año para mantener la experiencia del equipo y asegurar su rendimiento
 - Equipo central:
 - Director clínico de cirugía mamaria
 - Al menos 2 cirujanos con dedicación exclusiva, que realicen más de 50 intervenciones quirúrgicas cada uno al año
 - Radiólogos de mama (al menos 2 por unidad)
 - Patólogo con dedicación específica a la enfermedad mamaria
 - Enfermeras especializadas en cuidados mastológicos
 - Oncólogo médico
 - Oncólogo radioterapeuta
 - Técnicos en diagnóstico radiológico de mama
 - *Data manager* o gestor de datos
 - Consulta: aproximadamente 30 pacientes nuevas a la semana
 - Orientación diagnóstica multidisciplinaria por cirujano, radiólogo y patólogo en la misma visita.
 - Tiempos de espera: antes de 10 días para la primera consulta
 - Comunicación del diagnóstico: antes de 5 días laborables
 - Equipo para las pruebas de imagen: debe disponer de toda la infraestructura necesaria para el diagnóstico
 - Tratamiento oncológico: adyuvancia, primario, radioterapia
 - Seguimiento clínico: manejo de la enfermedad benigna
 - Soporte psicológico
 - Reconstrucción mamaria: los cirujanos del equipo deben ser capaces de realizar una reconstrucción básica
 - Cuidados paliativos
 - Tratamiento del linfedema: disponibilidad de un fisioterapeuta
 - Consulta de riesgo genético
 - Protocolos escritos sobre diagnóstico y tratamiento
 - Sesión multidisciplinaria semanal
-

aumentar el diagnóstico en estadios precoces, hacer más conservaciones de mama, extender la supervivencia global de las pacientes, es decir, mejorar la atención específica de la patología mamaria.

CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE LAS UNIDADES DE PATOLOGÍA MAMARIA

En líneas generales las Unidades de Patología Mamaria deben caracterizarse por lo siguiente (14):

1. Autonomía, entendiéndose así al hecho que deben tener personalidad propia y espacio definido dentro de la institución asistencial en la que se encuentre. Las Unidades de Patología Mamaria pueden formarse como una respuesta organizativa de los facultativos, cuya existencia y funcionamiento radica en el esfuerzo y dedicación de sus componentes o como imposición de la gerencia sanitaria (4). En ambos casos debe reconocerse su funcionamiento autónomo, formando parte del organigrama de la institución, con un espacio físico, además de gozar de una consulta propia que permita la actuación de los especialistas expertos, y estén lo suficientemente dotadas para cumplir con sus objetivos (11). Esto no siempre sucede así, porque si bien se reconoce su existencia, en muchos casos las pacientes que

requieran evaluación quirúrgica y tratamiento son referidas a los servicios de cirugía o ginecología con enfoques terapéuticos diferentes, sin prestar atención al enfoque de la unidad, lo que reduce el funcionamiento de la misma, de tal manera que no se avanza en el manejo de la paciente, perpetuándose el viejo vicio del tratamiento secuencial.

2. Multidisciplinar, al brindar todos los servicios necesarios para la atención de la patología mamaria. Los requisitos para el establecimiento de un equipo multidisciplinar, pueden ser difíciles de implementar en países donde los sistemas médicos están basados en la práctica individual o privada (15), pero a la luz de los conocimientos actuales se considera obsoleto el diagnóstico y tratamiento de pacientes fuera de un grupo que trabaje en una unidad de mama, debido a que el enfoque global y multidisciplinar de la mama normal y patológica constituye una solución a los problemas de la patología mamaria. Este equipo debe funcionar de manera realmente multidisciplinar, para lo cual el nivel de conocimientos de sus componentes debe ser similar, ya que en la práctica, la simple suma de especialidades diferentes no da siempre como resultado la solución asistencial. Cada miembro precisará de amplios conocimientos tanto a nivel teórico como práctico de cada una de las áreas implicadas en la patología mamaria, añadidos a la formación general de su disciplina, que le permitan tener un criterio fundamentado. Esto constituye la base del correcto funcionamiento de la unidad. Resulta imprescindible que esta unidad esté formada por médicos con una formación global e intensiva en todos los aspectos de la patología mamaria, estando capacitados para interactuar como iguales con los demás miembros del equipo. De aquí parte la necesidad de las reuniones semanales, que constituyen la piedra angular del concepto multidisciplinar, al obtenerse las opiniones de expertos en las respectivas disciplinas, redactando un plan diagnóstico y terapéutico individualizado para cada paciente.

3. Estar formadas por especialistas con dedicación exclusiva a la patología mamaria: una mayor dedicación a un campo de la propia especialidad se traduce en una mejor atención médica, debido a una mayor formación y estudio de la enfermedad y al beneficio que proporciona el tratamiento de un mayor número de casos. Gillis y Hole (16) reportaron un aumento del 9% en la supervivencia libre de enfermedad a los 5 años en pacientes con cáncer de mama tratado por especialistas en Escocia, básicamente como consecuencia de un descenso del número de recidivas locales al resaltarse la importancia de los márgenes quirúrgicos libres.

4. Tener la suficiente carga de pacientes que mantenga la experiencia de cada miembro del equipo y asegure su rendimiento costo-efectivo.

5. Ser auditables en sus procedimientos y resultados, de tal manera que se establezca un control de calidad.

Resulta acertado el planteamiento de una normativa mínima, flexible adecuada a las realidades de cada institución, que rijan el funcionamiento, regule la acreditación y los controles de calidad de las Unidades de Patología Mamaria, estos requisitos deben servir de ayuda para la especialización y formación continuada del personal, así

como para la obtención de los recursos humanos y materiales (17) necesarios para perfeccionar el cuidado de la mama, tanto en patología benigna como en patología maligna, y así lograr una atención de alta calidad.

AGRADECIMIENTOS

Hacemos extensivo nuestro agradecimiento al Prof. Miguel Prats Esteve por su inagotable capacidad docente, al realizar mesas de discusión en el marco del Máster de Patología Mamaria-Senología de la Universidad de Barcelona, que hicieron posible la realización del presente trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Parlamento Europeo. Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad de Oportunidades. Informe sobre el Cáncer de Mama en la Unión Europea. Mayo 2003 [citado 27 Dic 2006]. Disponible en: http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?jsessionid=69021A62139178225_BA468DE553E6EB7.node1?pubRef=//EP//NONSGML+REPORT+A5-2003-0159+0+DOC+PDF+V0//ES&language=ES
2. Silverstein MJ. The Van Nuys Breast Center. The First Free-Standing Multidisciplinary Breast Center. *Surg Oncol Clin N Am* 2000; 9 (2): 159-75.
3. EUSOMA. The requirements of a specialist breast unit. *Eur J Cancer* 2000; (36): 2288-93.
4. Domínguez-Cunchillos F. La Unidad de Patología Mamaria en las Campañas de Screening. (Material Mimeografiado). Barcelona (España): Master de Patología Mamaria-Senología. Universidad de Barcelona; 2004.
5. Zanón G. Unidad de Patología de la Mama del Hospital Clinic de Barcelona [Disertación]. Barcelona (España): Master de Patología Mamaria-Senología. Universidad de Barcelona; 2006.
6. Basilio-Bonet JE. Unidades de Senología. [Disertación]. Barcelona (España): Master de Patología Mamaria-Senología, Universidad de Barcelona; 2004.
7. The British Association of Surgical Oncology. Guidelines for surgeons in the management of symptomatic breast disease in the UK (1998). *Eur J Surg Oncol* 1998; 24 (6): 464-76.
8. Lancaster T. Guidance for general practitioners and primary care teams improving outcomes in breast cancer: United Kingdom Department of Health. NHS Executive Publication; 1996.
9. Cataliotti L, Costa A, Daly PA, et al. Florence Statement on Breast Cancer, 1998 forging the way ahead for more research on and better care in breast cancer. *Eur J Cancer* 1999; 35 (1): 14-5.
10. Blichert-Toft M, Kroman N. The Specialist Breast Unit and Breast Surgery as a Specialty. *Scand J Surg* 2002; 91: 227-31.
11. Merck B, Ramos-Rincon JM, Cansado P, et al. Adecuación de las Unidades de Mama Españolas a los criterios de EUSOMA. *Cir Esp* 2005; 77 (4): 221-5.
12. Silverstein M. State of the art breast units-a possibility or a fantasy? A comment from the US. *Eur J Cancer* 2000; 36: 2283-85.
13. National Consortium of Breast Centers, Inc. About NCBC [citado 30 Ene 2007]. Disponible en: <http://www.breastcare.org>
14. Blamey RW, Cataliotti L. EUSOMA accreditation of breast units. *Eur J Cancer* 2006; 42 (10): 1331-7.
15. Mansel RE. Should specialist breast units be adopted in Europe? A comment from Europe. *Eur J Cancer* 2000; 36: 2286-7.
16. Gillis CR, Hole DJ. Survival outcome of care by specialist surgeons in breast cancer: a study of 3786 patients in the west of Scotland. *BMJ* 1996; 312: 145-8.
17. Merck B, Cansado P, Fernandez-Frias A, et al. Aplicación de los criterios de Eusoma en las unidades funcionales de mama en los países miembros de la Unión Europea. *Cir Esp* 2005; 77 (2): 65-9.